Aus der Gießener Ohren-, Nasen- und Halsklinik
und der Gießener Lupusheilstätte.

Über Mitbeteiligung der Schleimhäute der oberen Luft- und Speisewege bei Lupus faciei.

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

vorgelegt der

Hohen medizinischen Fakultät der Universität Marburg

zur

Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

von

Oskar Kühn
aus Schmalkalden in Thüringen.

MARBURG
Buchdruckerei von Joh. Hamel
1922

Angenommen von der medizinischen Fakultät Marburg
am 26. Januar 1922.

Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät.

Referent: Prof. Dr. W a g e n e r.

In vorliegender Arbeit soll vor allem die Mitbeteiligung der Schleimhäute bei Lupus faciei betrachtet werden. Zu unseren Untersuchungen stand uns das Material der Lupusheilstätte zu Gießen zur Verfügung, das aufs sorgfältigste rhinologisch in der Gießener Ohren-, Nasen- und Halsklinik untersucht worden war. Es handelt sich um 140 Patienten, die an Lupus der Gesichtshaut leiden und zwar um 60 Männer und 80 Frauen. Unter diesen 140 Patienten sind nun 90 deren Nasenschleimhaut Lupus, Granulationen, charakteristische Narben oder Destruktionen aufzuweisen hat. Es sind dies nicht weniger wie 64,3 %. Dem Alter nach sind die Kranken meist unter 30 Jahre alt.

Im einzelnen betrachtet waren von den 60 erkrankten Männern 22 ohne jede Schleimhauterkrankung. Alle 22 Fälle aber hatten mehr oder weniger große Lupusherde auf den Wangen, an Ohr, Stirn oder Hals. Nur in 1 Falle war der knorpelige Nasenflügel und in 3 Fällen der Nasenrücken mitergriffen. Unter den 38 Fällen mit Schleimhauterkrankungen war in 33 Fällen das Naseninnere miterkrankt, aber nur in einem einzigen Falle das Nasenäußere frei von Lupus, sonst waren mehr oder weniger ausgebreitete lupöse Infiltrate oder Defekte an der Nasenspitze und den Nasenflügeln vorhanden.

Von den 80 weiblichen Patienten waren 20 ohne jede Schleimhauterkrankung, trotzdem 18 von ihnen Lupus des Gesichtes aufwiesen und in 3 Fällen die Nasenspitze, in 3 Fällen die Flügel und in 6 Fällen

der Rücken mitergriffen waren. Nach anamnestischen Angaben hatte der Lupus im Gesicht begonnen und auf die Nase übergegriffen. Wir haben also 40 Männer und Frauen, die einen Gesichtslupus haben, deren Schleimhäute aber vollständig frei sind. Man kann hieraus wohl den Schluß ziehen, daß bei einer freien äußeren Nase auch keine Erkrankung des Naseninneren sehr wahrscheinlich ist.

Unter unseren Patientinnen waren dahingegen 2 mit einer ausgedehnten primären Schleimhauttuberkulose des Naseninneren und mit narbigen Defekten der Uvula und der Epiglottis, deren äußere Haut sich vollkommen frei von Lupus oder Tuberkulose fand.

Wie wir oben gesehen haben, waren unter unseren 140 Patienten, die einen Gesichtslupus aufzuweisen hatten 90 oder 64,3 % deren Nasenschleimhäute miterkrankt waren und 98 oder 70 %, die überhaupt eine Schleimhauterkrankung aufzuweisen hatten. Von den 110 Patienten mit einer erkrankten äußeren Nase war das Naseninnere 90 mal oder in 81,8 % der Fälle miterkrankt. Die Nasenschleimhaut ist nun die häufigste Lokalisationsstelle des Schleimhautlupus. Und in der Nase wieder ist das Septum und zwar das Septum cartilagineum der Hauptsitz der Erkrankung. Von den 90 Fällen mit intranasalem Lupus war 78 mal das Septum ergriffen und davon 40 mal perforiert. Eine überwiegend stärkere Beteiligung einer Nasenhälfte konnten wir nicht konstatieren, wohl aber, daß nächst dem Septum die Muscheln, vor allem die unteren miterkrankt waren, wir fanden in 35 Fällen die Muscheln mitbeteiligt. Auch der Boden des cavum nasi ist häufig der Sitz der Erkrankung. Daß der tuberkulöse Prozeß sich leicht von der Nase aus durch den Tränennasenkanal nach dem Auge zu fortpflanzen kann, illustrieren

6 Fälle, bei denen wir es mit eitrigen Ausflüssen und Dakryocystitis zu tun hatten. Den Nasenrachenraum fanden wir nur in 6 Fällen unter unseren 98 erkrankt (6,1 %). Alle 6 Fälle waren mit Nasenerkrankungen vergesellschaftet und 5 zeigten eine Mitbeteiligung des Rachen- und Mundraums.

An zweiter Stelle finden wir die Partien des Mundraums von lupösen Schleimhautveränderungen betroffen. So finden wir die Schleimhäute des Zahnfleisches, der Wangen und der Lippen 23 mal und die des harten und weichen Gaumens 14 mal ergriffen. Die Veränderungen am harten und weichen Gaumen, sowie an der Uvula, die wir häufig miterkrankt fanden, waren teils knötchenförmiger, ulceröser, infiltrativer und teils narbiger Natur. Die in der Literatur als selten bezeichnete Lokalisation an den Gaumentonsillen konnten wir auch nur in einem Falle nachweisen, während die Zunge in keinem Falle lupös erkrankt gefunden wurde.

Einen Lupus der Pharynx sahen wir in 10 Fällen, bei 2 Männern und 8 Frauen. Die häufigste Lokalisationsstelle war die hintere Rachenwand. Die Erkrankung des Rachenraums war immer mit einer solchen der Innennase und anderen Schleimhauterkrankungen vergesellschaftet. Unter unseren 98 Schleimhautkranken fanden wir 7 mal einen Kehlkopflupus vor, darunter alle 7 mal die Epiglottis erkrankt, die geschwollen und ulceriert ist und einmal die Taschenbänder. Er ging immer mit anderen Schleimhauterkrankungen wie der Nase, des Mundes und des Rachens einher. Wir fanden ihn nur einmal bei einer Patientin von über 30 Jahren, sonst nur bei jüngeren Individuen.

Was nun die Frage betrifft, ob der primäre Sitz des Lupus die Gesichtshaut oder die Schleimhaut ist, so läßt sich in unserem Material anamnestisch fest-

stellen, daß in den meisten Fällen die Erkrankung der äußeren Haut als primär angegeben worden ist. Nur in 6 Fällen ist die Schleimhauterkrankung als primär bezeichnet worden. Dieses Verhältnis ist leicht erklärlich, wenn man berücksichtigt, daß eine primäre Erkrankung der Schleimhaut weniger auffällt wie die „roten Flecke" der Haut und daß der Schleimhautlupus keine Beschwerden zu machen braucht und sich lange unter einem chronischen Schnupfen verbergen kann. Aus der Literatur ist zu ersehen, daß die Krankheit primär sowohl auf der Haut, wie auch auf der Schleimhaut entstehen kann. Bei unserem Material ist eine Erkrankung des Naseninneren fast immer nur dann vorhanden, wenn wir es auch mit einer Erkrankung der äußeren Haut der Nase zu tun haben, während eine isolierte lupöse Erkrankung des Gesichtes, sei es auf Stirn, Wange, Kinn, Hals oder Ohr nie eine lupöse Schleimhauterkrankung der Nase mit sich gebracht hat. Daraus darf man wohl schließen, daß der Lupus, „die fressende Flechte", sich per contiguitatem verbreitet hat — eine Art der Weiterverbreitung, die wir nächst der lymphogenen am meisten in der Literatur angegeben finden. Bewiesen wird dies ja auch besonders durch die Fälle, wo der Lupus von der Epidermis der Lippe über das Lippenrot auf die Schleimhäute übergegriffen hat.

Fassen wir das Resultat unserer Untersuchung mit den Ergebnissen der Literatur zusammen, so finden wir, daß der Schleimhautlupus eine außerordentlich häufige Komplikation des Epidermislupus ist und daß man bei jedem Lupus der Gesichtshaut und vor allem der äußeren Nase sofort auch an eine Erkrankung der Schleimhäute denken muß. Die moderne Lupusbehandlung muß Rücksicht auf die innigen Beziehungen

zwischen Hautlupus und Schleimhautlupus nehmen, um vor Rückschlägen bewahrt zu bleiben und auch in rein dermatologischen Fällen sollte eine exakte rhinologische Untersuchung der oberen Luftwege durchgeführt werden, um auch den verstecktesten Herd aufzufinden, therapeutischen Eingriffen zugänglich zu machen und so der Volksseuche Herr zu werden.